

Существенное значение имеет время обращения и первичного обследования после травмы. В большинстве случаев диагноз легкой ЧМТ при наличии соответствующих признаков с высокой степенью надежности может быть установлен при обследовании пострадавших в первые три дня после травмы. При обращении спустя какое-то время диагноз легкой ЧМТ можно предполагать лишь на основании анамнестических данных и следует отнести к категории «вероятного», «возможного» или даже «сомнительного».

Как показывает ретроспективный анализ материалов и результатов собеседования со специалистами, большое значение для качества обследования и точности диагностики имеют организационно-логистические особенности оказания медицинской помощи. Различия в схемах обращения за медицинской и специализированной помощью (амбулаторное звено, специализированный стационар, служба скорой помощи), квалификация и профиль специалистов оказывают существенное влияние на эффективность реализации современных диагностических рекомендаций и содержание начального ведения пациентов с легкими ЧМТ.

Безусловно, наиболее ответственным является этап самого начального ведения пострадавших, что подтверждает необходимость широкого внедрения унифицированных протоколов обследования, в том числе среди специалистов на уровне первичного звена оказания медицинской помощи. Предварительный анализ влияния обозначенных факторов надежности диагноза легкой ЧМТ в различных клинических ситуациях (позднее обращение, отсутствие точных данных анамнеза, сопутствующее алкогольное опьянение, отсутствие возможности срочной визуализации и пр.) подтверждает существенные трудности и ограничения в применении диагностических алгоритмов, что может быть причиной ошибочных заключений [1,3]. Все это необходимо учитывать для дальнейшего совершенствования действующих протоколов ведения данной категории пострадавших.

Выводы.

Учитывая значительную распространенность легких ЧМТ и большое медико-юридическое значение проблемы необходимо уточнение эффективности применения современных рекомендаций по начальному ведению легких ЧМТ с учетом выявленных факторов надежности диагноза на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также в различных клинических ситуациях с целью их дальнейшего совершенствования.

Литература:

1. Алексеенко, Ю.В. Легкая черепно-мозговая травма / Ю.В. Алексеенко. – Витебск : Изд-во ВГМУ, 2001. – 155 с.
2. Mayer, A. The spectrum of mild traumatic brain injury / A.R. Mayer, D. K. Quinn, C.L. Master // Neurology. – 2017. – Vol. 89, № 6. – P. 623–632.
3. Mild traumatic brain injury: EFNS guidelines on mild traumatic brain injury / P. E. Vos [et al.] // European Journal of Neurology. – 2012. – Vol. 19. № 2. – P. 191–198.

УДК 616.895:001

ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Барышев А.Н., Егоров К.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 50% мирового населения, в какой-то момент своей жизни страдает от психических расстройств [1]. При этом результаты исследования Mental Health in Primary Care показывают, что к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам в общей медицинской практике относятся расстройства тревожного и депрессивного спектра [1].

Распространенность депрессивных расстройств у населения экономически развитых стран Европы и США достигает 10% [1,2]; хотя бы один эпизод тревожных расстройств регистрируется у 12-27% населения Европы [2], а у лиц с соматической патологией, тревожные и депрессивные расстройства встречаются в 2-3 раза чаще, чем в общей популяции [1].

Приведенные выше данные, указывают на распространенность именно клинически очерченных нозологических форм тревожно-фобических и депрессивных расстройств. Если брать во внимание симптомы тревоги и депрессии в отрыве от определённых нозологий, то их распространенность будет ещё выше. Подтверждением тому могут служить результаты многоцентрового эпидемиологического исследования сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации - ЭССЕ-РФ, где была выявлена общая распространенность повышенного уровня тревоги и депрессии у пациентов амбулаторной сети. Показатели тревоги и депрессии достигали достаточно высокого уровня и составили 46,3 и 25,6% соответственно от общего количества испытуемых, при этом более чем 1/3 от повышенного уровня этих показателей составили лица с клинически значимым уровнем выраженности симптомов [3]. Схожие данные о распространенности клинически выраженных симптомов тревоги и депрессии мы получили в результате собственных исследований на недифференцированной выборке из 317 амбулаторных пациентов [4].

Кроме того, не стоит забывать о негативном взаимовлиянии тревоги, депрессии и хронических неинфекционных заболеваний друг на друга. Наличие коморбидных тревожных и депрессивных расстройств утяжеляет течение соматических заболеваний, усиливая клинические проявления болезни, замедляя выздоровление, ухудшает приверженность пациентов к лечению, снижает качество жизни и социальную адаптацию [5]. Однако, несмотря на важность данной темы для практического здравоохранения, до 50-80% расстройств тревожного и депрессивного спектра не диагностируется врачами амбулаторно-поликлинических организаций [6].

Один из вариантов решения проблемы раннего выявления тревоги и депрессии в общей врачебной практике – это использование инструментов скрининга.

Цель работы. Провести апробацию шкал GAD-2 и PHQ-2 в рамках скрининга симптомов тревоги и депрессии в недифференцированной выборке пациентов амбулаторно-поликлинической сети.

Материал и методы. Обследование и интервьюирование пациентов проводилось в амбулаторно-поликлинических учреждениях Республики Беларусь студентами 4 курса медицинского университета под контролем медицинских сестер или помощников врача согласно разработанной анкеты [7]. Всего было обследовано и проконсультировано 3720 пациентов (1839 мужчин и 1881 женщина) в возрасте от 18 до 95 лет (средний возраст – $54 \pm 14,1$ лет). Так же проводили скрининг тревоги и депрессии при использовании шкал HADS, GAD-2 и PHQ-2 [8-10].

Статистический анализ выполнен с использованием аналитического пакета Statistica 10. Для выявления корреляционных взаимосвязей использовался ранговый анализ Спирмена, для проверки достоверности различий изучаемых признаков в независимых выборках U-тест Манна-Уитни. Оценивали корреляционные связи между показателями. Изменения показателей оценивались как достоверные при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании симптомы тревоги и депрессии при помощи шкал GAD-2 и PHQ-2 были выявлены у 1413 и у 914 человек соответственно, что составило 38,2% и 24,7% от общей выборки обследованных пациентов. Причем, субклинический уровень выраженности симптомов тревоги и депрессии был выявлен у 824 и 555 человек соответственно, что составило 22,15% и 15% в процентном отношении, а у 594 и 395 человек был выявлен клинически значимый уровень симптомов тревоги и депрессии, что составило 16,05% и 9,7% соответственно в процентном отношении. Кроме

того, среди обследованных пациентов 677 человек имели сочетание тревоги и депрессии, что составляет 18,3% от общей выборки пациентов, а также 48% и 74% от выборки пациентов с симптомами тревоги и депрессии соответственно. Данные для сравнительной характеристики со шкалой HADS представлены в таблице 1.

Выраженность симптомов	Результат в процентах по шкалам (%)			Ранговая корреляция
	GAD-2	PHQ-2	HADS	
Тревога	38,2	-	40,1	0,976
- субклиническая	22,15	-	26,2	
- клиническая	16,05	-	13,9	
Депрессия	-	24,7	22,1	0,993
- субклиническая	-	15	14,3	
- клиническая	-	9,7	7,8	

Мы получили сильную прямую корреляцию между шкалами GAD-2 и HADS (t) в отношении выявления симптомов тревоги, а между PHQ-2 и HADS (d) в отношении выявления симптомов депрессии.

Выводы. Ультракороткие психометрические шкалы GAD-2 и PHQ-2 являются перспективными для использования в отношении скрининга тревожных и депрессивных расстройств. Необходимо проведение дальнейших исследований по адаптации и стандартизации данных психометрических шкал с целью их внедрения в практическую работу врачей первичного здравоохранения.

Литература:

1. Depression and Other Common Mental Disorders [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en. – Дата доступа: 27.11.2019.
2. Fink, P. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service / P. Fink, H.M. Steen, L. Sondergaard // Psychosomatics. – 2005. – Vol. 6, N 46. – P. 540–548.
3. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ) / С.А. Шальнова [и др.] // Тер. Арх. – 2014. – Т. 86, № 12. – С. 53–60.
4. Барышев, А.Н. Скрининг тревоги и депрессии у пациентов амбулаторно-поликлинической сети при помощи компьютерной программы «Профилактика» / А.Н. Барышев, К.Н. Егоров // Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 74 науч. сессии ВГМУ, Витебск, 23–24 янв. 2019 г. / под ред. А.Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2019. – С. 416–418.
5. Quality of life in somatically ill persons with comorbid mental disorders: a systematic review and meta-analysis / H. Baumeister [et al.] // Psychother Psychosom. – 2011. – P. 275–286.
6. Беялов, Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта / Ф.И. Беялов. – Иркутск : РИО ИГМАПО, 2014. – 327 с.
7. Методические рекомендации по проведению производственной врачебной поликлинической практики по терапии для студентов 4 курса лечебного факультета и ФПИГ для руководителей практики / К.Н. Егоров [и др.]. – Витебск : ВГМУ, 2018. – 26 с.
8. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.
9. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis / F. Plummer [et al.] // General Hospital Psychiatry. – 2016. – Vol. 39. – P. 24–31.
10. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population / B. Arroll [et al.] // Ann Fam Med. – 2010. – Vol. 8, N 4. – P. 348–53.